

Наталья Дмитриевна ЛЕБЕДЕВА

**ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЖИМЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ПОСЛЕ ОПТИМИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ***

DOI: <http://doi.org/10.33876/2224-9680/2019-1-17/02>

Ссылка при цитировании:

Лебедева Н.Д. (2019) Институциональные режимы психиатрической помощи после оптимизации здравоохранения. *Медицинская антропология и биоэтика*, 1(17).



Наталья Дмитриевна Лебедева –

магистр социологии
(МВШСЭН / Манчестерский университет)
независимый исследователь

<https://orcid.org/0000-0003-0407-2661>

E-mail:

n.dm.lebedeva@gmail.com

**Исследование выполнено при поддержке стипендиальной программы Oxford Russia Fellowship 2018–2019*

Ключевые слова: психиатрическая помощь, психиатрическая служба, медицинские работники, деинституционализация, психоневрологический диспансер, правила, акторы, институты

Аннотация: В статье на примере Московского региона описаны основные характеристики, сходства и различия институциональных режимов психоневрологических диспансеров (ПНД). Рассмотрены вопросы о соотношении формальных и неформальных правил, профессиональных и институциональных норм, а также взаимосвязи между характером отношений (властные / коллегиальные) внутри организации и опосредованностью взаимодействия за ее пределами. Исследование локальных порядков ПНД проведено на материалах глубинных интервью с медперсоналом высшего и среднего звена. Представленный анализ институциональных режимов учитывает различие как между учреждениями Москвы и Московской области, так и между ПНД Москвы при нескольких психиатрических больницах.

Введение

В статье представлены результаты качественного исследования социальных порядков психиатрических учреждений Московского региона. Цель исследования – выявить основные характеристики, сходства и различия институциональных режимов (institutional frameworks) психоневрологических диспансеров (ПНД). В свою очередь описание локальных порядков ПНД¹ позволяет зафиксировать изменения в организационном поле, возникшие в результате проведения масштабных психиатрических реформ.

Процессы, которые сегодня происходят в сфере психиатрической помощи, выводят на передний план вопрос о функционировании формальных директив внутри отдельных организаций. В этом отношении кейс психоневрологических диспансеров оказывается наиболее показательным. Психоневрологические диспансеры занимают подчиненное положение в иерархической структуре учреждений, которые контролируют качество государственных медицинских услуг (Министерство здравоохранения, территориальные фонды обязательного медицинского страхования, психиатрические больницы (ПКБ) или районные поликлиники). Кроме того, диспансер является связующим элементом между различными инстанциями (психоневрологическими интернатами, службой социальной защиты, правоохранительными органами, военной службой): они вписаны в разветвленную сеть организаций с альтернативной системой институциональных правил. Несогласованность этих систем нередко порождает конфликт институциональных предписаний, что усиливает ситуацию неопределенности для сотрудников ПНД.

Ключевые проекты реформирования российской психиатрии

На протяжении последних двадцати лет в России происходила реорганизация психиатрической службы, изменившая инфраструктуру оказания медицинских услуг, а также систему возможностей и ограничений медицинских работников. Наиболее значимые изменения связаны с переводом психиатрической помощи Московской области на финансирование через ОМС (в ПНД Москвы на данный момент действует многоканальная модель финансирования²), внедрением электронной системы ведения приема (Москва и Подмосковье) и масштабным перепрофилированием учреждений³ в рамках Концепции развития психиатрической службы города Москвы под предлогом деинституционализации⁴.

Декларируемая цель московской реформы – «разгрузка» психиатрических больниц и усиление амбулаторного звена. В ходе реализации реформы количество психиатрических больниц в Москве сократилось с 17 учреждений до 3. Часть психиатрических больниц объединили, некоторые реорганизовали в психоневрологические интернаты и психоневрологические диспансеры. Теперь территория Москвы поделена на 11 зон обслуживания – территориальных кластеров (см. Рис. 1.). В состав одного кластера входит 4 амбулаторных подразделения (1 головной модуль ПНД и 3 малых модуля ПНД) с дневным стационаром и отделением интенсивного оказания психиатрической помощи. Один кластер рассчитан на 300 тыс. прикрепленного населения.

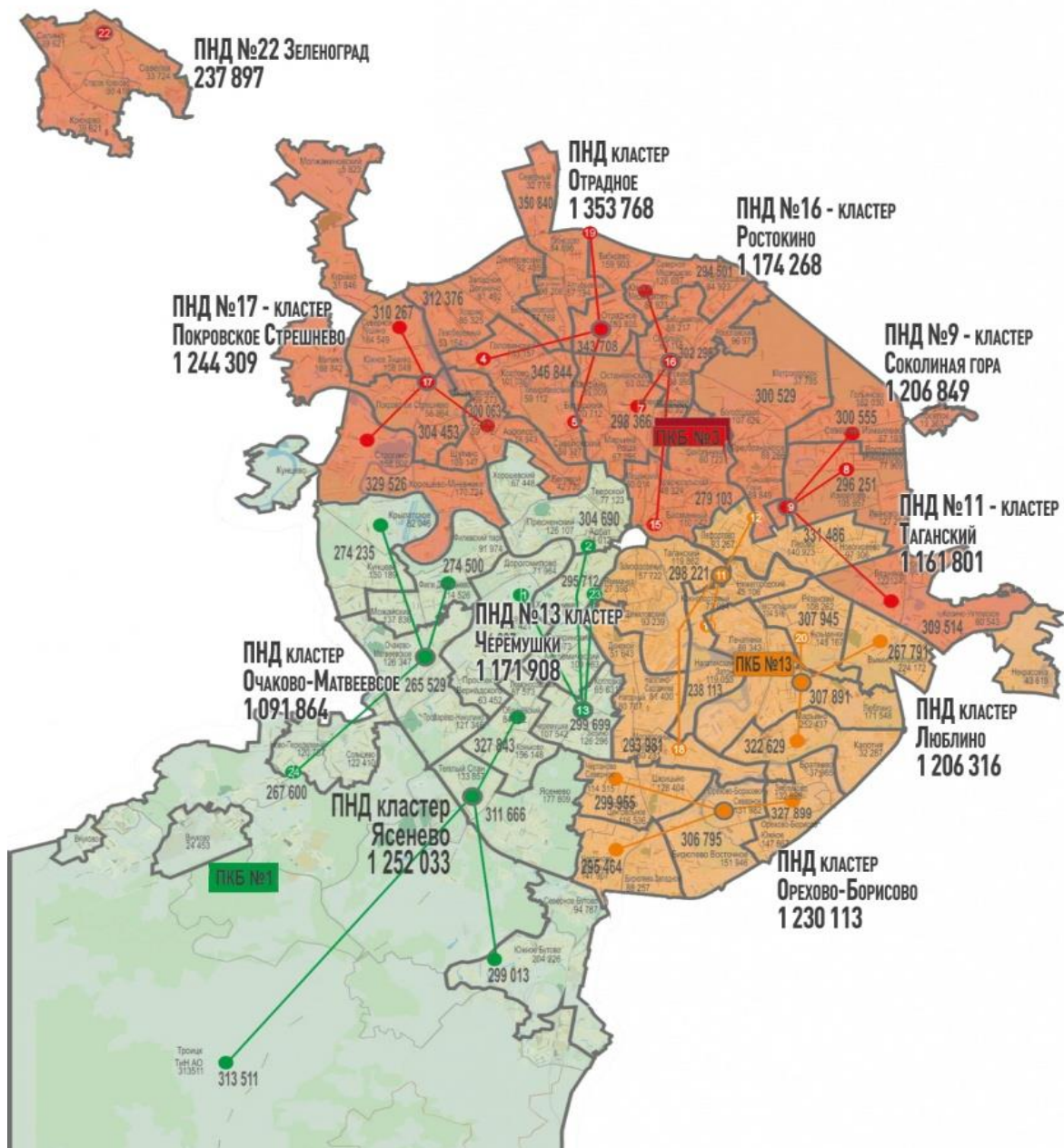


Рис. 1. Кластерная модель ПНД в Москве.

В 2015 году в рамках пилотного проекта психиатрические учреждения Московской области перешли из бюджетного финансирования в систему ОМС. С этим переходом связано изменение критериев оплаты услуг врача-психиатра. Установленные нормативы предполагают, что существует однократное посещение, оплачиваемое по минимальному тарифу, и обращение, которое включает в себя минимум два посещения в месяц и оплачивается в 2–3 раза дороже. Талоны на прием регулярно отправляются в Центральную клиническую психиатрическую больницу и фиксируются в информационной системе ТАСУ ОМС (типовой автоматизированной системе управления обязательным медицинским страхованием).

Для уточнения объемов финансирования страховщики также производят проверку документации. Сотрудники ПНД предоставляют медицинские карты, списки пациентов. По итогам всех контрольных мероприятий присваивается коэффициент интенсивности, который повышается или понижается в зависимости от выполнения плана приема. Даже если сотрудники не выполняют план приема пациентов, то они получают заработную плату, не ниже своей фиксированной ставки.

Аналогичная структура оплаты медицинских услуг действует и в учреждениях Москвы. Однако здесь учет пациентов осуществляется без посредничества страховой службы.

Концептуальная схема исследования

Преобразования психиатрической службы в России существенно изменили сложившуюся систему формальных и неформальных правил (North 1990). В данном исследовании мы исходим из того, что институциональные порядки психиатрических учреждений являются совокупностью «правил игры» в сфере оказания медицинских услуг. Эти правила различаются, во-первых, по способу их утверждения. Мы определяем формальные правила как письменные предписания, публичные и обязательные для исполнения, а неформальные – как те, что не декларируются открыто и скрываются от посторонних. Во-вторых, правила различаются в зависимости от степени охвата. Существуют правила, известные профессиональной группе в целом (общие), и известные только определенному числу сотрудников (партикулярные).

Таким образом, можно выделить четыре группы правил (см. *Рис. 2.*): к числу общих формальных правил относятся законы и другие регулирующие нормативные акты⁵, а к числу партикулярных формальных ограничений – письменные деловые контракты. Общие неформальные правила, распространяю-

щиеся на широкий круг агентов, представлены нормами, а неформальные правила особого рода – деловыми соглашениями или скрытыми контрактами (Радаев 2001).

	<i>Общие</i>	<i>Партикулярные</i>
<i>Формальные</i>	законы и другие регулирующие нормативные акты	письменные деловые контракты
<i>Неформальные</i>	социальные нормы	деловые соглашения (скрытые контракты)

Рис. 2. Типы институциональных правил.

Реорганизация психиатрической системы в России изменила также структуру и характер отношений между различными медицинскими агентами. Мы различаем отношения: во-первых, по степени опосредованности контакта (прямые или опосредованные), во-вторых, по направленности (внутренние или внешние отношения – внутри одной организации и вовне), и, в-третьих, по характеру взаимодействия (властные или коллегиальные).

Изменение конфигурации отношений между агентами системы здравоохранения в свою очередь привело к изменению систем управления – тех механизмов, которые «поддерживают формальные схемы контроля – посредством режимов, сложившихся в результате взаимной договоренности, действий легитимной иерархической власти или нелегитимных принудительных действий одной группы акторов в отношении другой» (Scott, et al. 2000: 21) (цит. по: Скотт 2007: 30). Появление нового типа игроков в системе ПНД Московской области, страховщиков, а также изменение иерархической структуры психиатрической службы в Москве привело к смешению профессионального, рыночного и государственного контроля – формированию механизмов менеджериального управления (*managerial governance*), основанных на принципах оценки эффективности и стандартизации государственных услуг⁶. В первую очередь это связано с увеличением отчетности и повышенным контролем за деятельностью медперсонала со стороны контролирующих инстанций.

Ключевые менеджеры и поставщики психиатрической помощи в рамках данного исследования – Министерство здравоохранения Московской области и Департамент здравоохранения Москвы. Министерство здравоохранения Московской области получает информацию о результатах работы ПНД в Подмоскowie

преимущественно из годовых отчетов (которые сотрудники также предоставляют Центральной клинической психиатрической больнице). Департамент здравоохранения Москвы является инициатором разработки Концепции и, в сотрудничестве с экспертами НИИ из Организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ, анализирует результаты проведения реформы. При этом оценка эффективности реформы зависит от того, в какой степени деятельность психиатрических учреждений соответствует целевым показателям. Хотя описанные преобразования характеризуют механизмы контроля, выходящие за пределы той или иной отдельной организации, они позволяют проследить основные изменения, произошедшие в работе психиатрической службы.

Полагаю, что при оценке эффективности описанных нововведений ключевой вопрос состоит в том, как именно директивы функционируют в рамках локального порядка психиатрических учреждений: *как они меняют, с одной стороны, взаимоотношения медицинских агентов внутри отдельной организации и, с другой стороны, способы обращения сотрудников ПНД с общими формальными и неформальными правилами.*

Методология

Чтобы оценить степень вариативности медицинских практик, мы произвели сравнительный анализ организаций Москвы и Подмосковья. Сбор данных осуществлялся методом полуструктурированного экспертного интервью с медперсоналом высшего (заведующие ПНД) и среднего звена. Поскольку формальные правила в психиатрических учреждениях Москвы внутренне неоднородны и различаются в зависимости от психиатрической больницы, за которой закреплен тот или иной ПНД, в выборку вошли сотрудники ПНД (включая дневные стационары) трех городских психиатрических больниц, а также сотрудники трех амбулаторных модулей в Московской области. Это позволяет учитывать возможные различия не только между локальными порядками учреждений в Москве и Подмосковье, но и между отдельными ПНД Москвы. По итогам исследования было собрано 24 интервью – по 4 интервью в каждом учреждении. Информанты получили необходимую информацию о цели исследования и дали согласие на использование предоставленных данных в анонимном и обобщенном виде.

Характеристики локальных социальных порядков ПНД: концептуальные уточнения

Контрольные показатели: формальные vs неформальные правила

По ежегодному плану приема пациентов (госзаданию) существенно увеличались нормативы, от которых зависит размер зарплаты сотрудников ПНД. За

систематическое и существенное по объему невыполнение нормативов медицинского работника могут уволить. В случае незначительного несоблюдения сотруднику сокращали заработную плату.

В Москве, на волне реформ, в условиях усиливающегося контроля со стороны руководства ПКБ, это с неизбежностью привело к появлению двойной бухгалтерии в подведомственных организациях. Чтобы обойти данное правило в условиях неявки населения, медицинский персонал делает поддельные записи о приеме пациентов, так называемые «приписки», за которые медицинских работников могут привлечь к уголовной ответственности.

В Московской области сотрудники ПНД нередко улучшают показатели путем профилактического осмотра родственников пациента, сопровождающих его на прием. Редкие случаи приписок в Московской области в первую очередь связаны с активными проверками страховщиков.

Во-первых, в случае приписок значительно повышается риск уголовного преследования, тогда как невыполнение плана в подмосковных ПНД на данный момент не влечет за собой столь существенных издержек, как в психиатрических учреждениях Москвы: «Мы пытались приписывать. Но соседи наши [наркологи]... В конце месяца у нас есть куратор, который составляет счета и у нас все проверяет. Она выявила двух умерших. Они у них на приеме были, а они месяц назад умерли. Все испугались немножко и решили [не приписывать]. ...Периодически нам говорят руководители, что план не выполняем, ругаются. Пока нам ничего за это не было. Мы стараемся, как-то профосмотрами закрываем людей, когда получается. Когда получишь 10–15% стимулирующих [выплат], когда нет» (ПМА: старшая медсестра, Московская область).

Во-вторых, существующие в Московской области системы управления предполагают возможность оперативной проверки данных напрямую, через звонок предполагаемому пациенту: «Мы отдаем [медкарты пациентов], приезжают на проверку. И проверки частые. Был человек на приеме, не был человек на приеме – это можно выяснить элементарно. Просто, буквально, карточку хоп – позвонили: “Марья Ивановна, а вы вообще-то были 2 недели назад на приеме у психиатра?”» (ПМА: заведующий ПНД, Московская область).

Кроме того, следует отметить, что в системе обязательного медицинского страхования существует значительная разница в оплате однократного и многократного (обращение) посещения. Частота посещений определяет размер заработной платы медицинских работников в Московской области, точнее, надбавку к фиксированной ставке заработной платы – коэффициент эффективности. Тем не менее, как показывают материалы исследования, сотрудники ПНД не пытаются

манипулировать показателями приема, чтобы извлечь из них экономическую выгоду. Они в большей степени следят за соблюдением нормативов для учреждения в целом, поскольку от этого зависит репутация ПНД.

Соблюдение формальных правил vs профессиональная этика

Среди негативных последствий процесса деинституционализации в развитых странах, где уже проводились психиатрические реформы, аналогичные московской, выделяют увеличение случаев краткосрочного стационарного лечения: «Хотя процесс деинституционализации ведет к сокращению числа пациентов психиатрических клиник, отмечается увеличение числа случаев повторной госпитализации, т. е. многократных кратковременных пребываний в больнице пациентов, нуждающихся в стационарном лечении» (WHO 2003: 29)⁷. Поэтому неудивительно, что реализация реформы московских ПНД привела к повышенному контролю за случаями госпитализаций. Медицинским работникам, контролирующим проведение реформы, требовалось предоставить отчет с максимально эффективными показателями и продемонстрировать, что резкое сокращение числа психиатрических больниц и коек было обоснованным. Сообщение, которое транслировало руководство больниц сотрудникам ПНД в качестве нормативного, формулировалось следующим образом: ограничить сроки пребывания пациентов в стационаре 30 днями и исключить случаи повторных госпитализаций, поскольку повторная госпитализация считается «недоработкой» амбулаторного звена. В противном случае сотрудники ПНД получали выговор.

В большинстве случаев необходимость проведения повторной госпитализации связана не с халатностью медперсонала ПНД, а именно со спецификой реабилитации пациентов, нуждающихся в стационарном лечении. При сокращении сроков пребывания в психиатрической больнице многие пациенты не успевали долечиться, поскольку значительная часть препаратов имеет накопительный эффект. Действующие критерии госпитализаций предполагают, что в течение 14 дней осуществляется «возврат» пациентов, однако даже с этой оговоркой, случаи повторной госпитализаций происходят часто. Тогда, вопреки предписаниям, психиатры руководствовались исключительно потребностями пациентов. Чтобы избежать издержек от соблюдения установленных нормативов, в некоторых учреждениях Москвы практиковали повторную госпитализацию пациента под разными ФИО: «Про нецелевое использование коек [в ПКБ до реформы] – бред. Как лежали там наркоманы, алкоголики, так и лежат. Только кладут их теперь под разными именами» (ПМА: врач-психиатр, Москва).

Основываясь на данном кейсе, можно провести дополнительное различие между двумя категориями общих неформальных правил (социальных норм) в зависимости от источника правил: первая категория – профессиональные нормы, требования медицинской этики; вторая – институционально регулируемые нормы, исходящие от вышестоящего руководства. Нужно отметить, что руководители ПНД здесь занимают амбивалентную позицию. С одной стороны, они являются носителями профессиональной этики, а, с другой стороны, они входят в иерархическую систему «множественной власти или множественной подчиненности» (Perrow 2013: 957). Заведующие ПНД являются как медиаторами требований вышестоящего руководства, специалистами-трансляторами (*carrier professionals*), так и теми, кто должен адаптировать эти требования и применять их на практике, клиническими специалистами (*clinical professionals*) (Scott 2008: 227–228). Различия в отношении администрации ПНД к соблюдению нормативных предписаний обусловлены этим обстоятельством.

***Иерархическая структура психиатрической службы:
властные vs коллегиальные отношения***

Отношения между медицинским персоналом и руководителями ПНД Московской области можно охарактеризовать как коллегиальные. Все сотрудники, включая администрацию диспансеров, подчеркивают, что медицинская работа основана исключительно на профессиональном чувстве долга, добросовестности и уважении к коллегам – без этого было бы невозможно выполнять большинство обязанностей. Несмотря на существование формальной иерархии, сложные профессиональные вопросы решаются в результате коллективного обсуждения и совместных усилий.

«Многие вещи делаются на чувстве долга и совести уже, а не на том, что платят зарплату. Многие вещи я прошу делать (и их делают), потому что я прошу это, я не указываю. Если я начну указывать, мне скажут: “У меня в должностных обязанностях нет этого. Я должна делать вот это, вот это и это”. А она у меня делает вон сколько. И все на этом разладится. Всех не переувольняешь, а если переувольняешь, то с кем работать тогда? Больше человеческие, я думаю, взаимоотношения. Больше это, может быть, наша глубинка, или ещё что-то. У нас больше ценится, наверное, понимание человеческое. И тогда выполнение своих должностных обязанностей и более того будет происходить» (ПМА: заведующий ПНД, Московская область).

Еще одна характеристика локальных порядков связана с изменением условий пребывания пациентов в московских ПКБ. Поскольку состояние пациентов

все чаще обострялось, в некоторых ПНД сформировалась система скрытых контрактов: руководители ПНД скрывали случаи присутствия там «острых» пациентов. Каждый медицинский работник знал, как вести себя в подобных ситуациях, чтобы решить проблему с минимальными транзакционными издержками. Более того, заведующие таких ПНД не были склонны наказывать медицинских работников за профессиональную ответственность в чрезвычайных ситуациях, даже если их действия противоречили формальным требованиям. Иными словами, они поощряли следование профессиональным нормам, которые в первую очередь направлены на нормализацию состояния пациента (особенно в экстренных случаях), в ущерб институциональным.

Сравнивая локальные порядки различных ПНД, информанты акцентировали внимание на том, что следование медперсонала профессиональным нормам возможно только при коллегиальных отношениях внутри организации. И, напротив, властные внутриорганизационные отношения характерны для ПНД, в которых приоритетными являются институциональные нормы: «Слушайте, у меня лояльное начальство. Оно идет мне навстречу, когда я кое-где нарушаю границы. В [другой] больнице не такое лояльное начальство. ...Здесь [в нашем ПНД] ответственность не является наказуемой. ...любой какой-то конфликт – пожалуйста, мы поднимаемся к начальству. Начальство готово разбираться, оформлять, смотреть, писать протокол. Они готовы работать. Они очень лояльно к этому относятся. У меня перед глазами есть пример [другой] больницы, когда от тебя нужна статистика. Никого не интересует, если у тебя больной не получил инъекции пролонга. Ты можешь ничего никому не объяснять: две инъекции пролонга за госпитализацию должны быть» (ПМА: врач-психиатр, Москва).

Системы управления, основанные на прямых vs опосредованных отношениях

Отметим, что для ПНД, закрепленных за различными ПКБ Москвы, характерны небольшие различия в механизмах контроля за соблюдением правил. В основном это выражается в регулярности и характере проведения совещаний – лично или дистанционно, по Skype; внутри отдельной организации, с участием сотрудников того или иного диспансера, либо с участием администрации ПНД и ПКБ. Медицинский персонал диспансеров, где регулярно проводятся совещания с участием руководителей ПКБ (прямые отношения), отмечает, что их администрация сосредоточена только на соблюдении подчиненными формальных директив и не готова разбираться в сложных рабочих ситуациях. Напротив, медицинский персонал тех диспансеров, где по-

добные совещания проводились редко или не проводились вовсе (опосредованные отношения), был склонен оценивать своих руководителей как понимающих, готовых обсуждать профессиональные вопросы, выходящие за пределы установленных нормативов.

ПНД Московской области обладают большей автономией от больниц: контроль за соблюдением показателей работы персонала осуществляется преимущественно через передачу статистических отчетов в надзорные инстанции. Несмотря на частые проверки страховых компаний, ориентация сотрудников подмосковных ПНД на выполнение установленных нормативов в полном объеме существенно ниже, чем в большинстве аналогичных учреждений Москвы. Действующие (применительно к ПНД Московской области) механизмы контроля не предполагают прямого взаимодействия администрации с вышестоящими организациями, что коррелирует с наличием коллегиальных отношений внутри отдельного учреждения и решающим значением профессиональных норм для медперсонала.

Заключение

Данная статья продолжает давнюю традицию социологических исследований медицины, зародившуюся в 1920–30-х годах (Bloom 2005; Cook, Wright 1995). Формирование профессий в США и Великобритании определило в качестве центрального объекта исследований отношения врача и пациента. Однако позднее, в 1960-х годы, на смену «золотому веку» врачей как автономных и независимых профессионалов (Friedson 2001) пришел период становления мощных государственных институтов (Scott 2008).

В фокусе изучения социологов оказались проблемы политического влияния и конкуренции между различными игроками: взаимоотношения различных институциональных акторов; коммерческие и бюрократические модели оказания медицинской помощи (Bloom, 2002; Goss, 1963); влияние немедицинских факторов – таких как доступность и тип медицинского страхования пациентов (Mechanic, McApline 2010; Mckinlay, et. al. 1996) или их социальный статус (Wright, Perry 2010) – на принятие клинических решений.

Анализ медицинских учреждений, последовавший за этим фундаментальным сдвигом, поставил перед исследователями вопросы об отношениях между организациями, сходствах и различиях в локальных социальных порядках, иерархической структуре властных отношений, а также соотношении формальных и неформальных правил. В статье я рассмотрела эти проблемы более подробно на примере работы российских психиатрических служб.

Вместо того, чтобы анализировать влияние институциональных сил на организационное поле, исходя при этом из единообразия медицинских практик и принципа структурного изоморфизма, мы предлагаем обратиться ко множественным локальным порядкам. Как показывают материалы настоящего исследования, во-первых, воздействующие на организации институциональные силы неоднородны, и, во-вторых, организации могут по-разному реагировать на одни и те же установленные правила. Даже применение одних и тех же стратегий и тактик в качестве реакции на институциональное давление (Oliver 1991) может выглядеть различным образом в случае нескольких организаций.

Возвращаясь к ответу на исходный вопрос исследования о сходствах и различиях локальных порядков ПНД, можно сказать, что психиатрические реформы изменили конфигурацию отношений между агентами системы здравоохранения за пределами отдельных организаций. Однако в случае отношений внутри организации институциональные силы были, скорее, лакмусовой бумажкой: они показали, что характер отношений сотрудников и администрации ПНД соотносится с механизмами контроля за деятельностью учреждения. Исследование позволило выявить взаимосвязь между прямыми / опосредованными отношениями с вышестоящим руководством, следованием институциональным / профессиональным нормам и властным / коллегиальным характером отношений внутри организации.

Тем не менее, конфликт профессиональных и институциональных норм, который в данном исследовании воплощен в фигуре руководителя ПНД, и его взаимосвязь с другими аспектами локального порядка организаций нуждается в более детальном изучении.

Примечания:

¹ Тип организации психиатрической помощи, который возник в СССР в 1960-е гг. Сегодня эта форма амбулаторной психиатрической помощи существует только в России и странах СНГ.

² В то же время вопрос перевода московских учреждений на страховую модель финансирования регулярно поднимается на административных собраниях с участием руководителей ПНД.

³ В настоящее время Минздрав рассматривает предложение о проведении аналогичной, «кластерной» реформы ПНД в Московской области.

⁴ Деинституционализация – процесс реформирования психиатрической службы, который начался во второй половине XX века. Деинституционали-

зация предполагает расширение возможностей амбулаторного оказания психиатрической помощи, которые реализуются в случае стабильного состояния пациента. Наиболее известным и масштабным проектом в этой области считается итальянская психиатрическая реформа, в основу которой лег Закон Базальи, принятый в 1978 году.

В 1970-е гг в результате подобных реформ более половины пациентов психиатрических учреждений в Европе и США находились на амбулаторном лечении, вне стен стационаров, при отсутствии постоянного контроля со стороны медицинского персонала. Однако, как отмечают некоторые авторы (Fakhoury, Priebe 2007; Grob 2016), сейчас трудно достоверно оценить успех большинства таких реформ. Во многих странах реформы, которые были проведены с целью деинституционализации, в конечном итоге завершились реинституционализацией (или трансинституционализацией): пациентов лишь переводили в другие государственные учреждения, такие как тюрьмы, дома престарелых и т.д.

⁵ В данном случае мы исходим из того, что формальное правило содержит в себе неформальный бэкграунд – фоновое знание о том, как и в какой ситуации его нужно применять. Тем не менее, внутри формального правила возможно различить «его фиксированное ядро – текст, содержащий более или менее определенную запись его содержания» (Панеях 2001: 56). Этот текст в исследовании будет считаться писанным правилом, а правило, которое содержит такое текстовое ядро – формальным.

⁶ В исследовании при поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ (WHO 1997) данный тип регулирования психиатрической помощи относится к «модели административно-командного планирования» или «технократической модели» здравоохранения. Она основана на анализе «нормативной базы, которые проводятся экспертами, отвечающими за структурирование, мониторинг и оценку деятельности системы здравоохранения. Эта модель предполагает прямое государственное вмешательство в функционирование системы здравоохранения для обеспечения рационального управления» (WHO 1997: 8).

Примечательно, что данная модель для Фрейдсона (Friedson 2001: 212) воплощает наименее оптимистичный сценарий карьеры специалиста — сценарий, при котором медицинский работник как независимый профессионал, носитель медицинской этики становится техническим экспертом на службе политической экономии. К этому тезису мы вернемся далее, описывая амбивалентность позиции руководителей ПНД.

⁷ Подробнее об этом см. также (Luft 1981).

Библиография

Панеях, Э.Л. (2001) Формальные правила и неформальные институты их применения в российской экономической практике, *Экономическая социология*, Т. 2. № 4, с. 56–68.

Радаев, В.В. (2001) Деформализация правил в российской хозяйственной деятельности. Т.И. Заславская (ред.) *Кто и куда стремится вести Россию? Акторы макро-, мезо- и микроуровней современного трансформационного процесса*, М.: Московская высшая школа социальных и экономических наук, с. 253–262.

Скотт, Р. (2007) Конкурирующие логики в здравоохранении: профессиональная, государственная и менеджеральная, *Экономическая социология*, Т. 8. № 1, с. 27–44.

Bloom, S.W. (2005) The relevance of medical sociology to psychiatry: A historical view, *Journal of Nervous & Mental Disease*, Vol. 193. № 2, p. 77–84.

Bloom, S.W. (2002) *The word as scalpel: a history of medical sociology*, Oxford University Press.

Cook, J.A., Wright, E.R. (1995) Medical Sociology and the Study of Severe Mental Illness: Reflections on Past Accomplishments and Directions for Future Research, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 35, p. 95–114.

Fakhoury, W., Priebe, S. (2007) Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare, *Psychiatry*, Vol. 6. № 8, p. 313–316.

Freidson, E. (2001) *Professionalism: The Third Logic*, Polity Press.

Goss, M. (1963) Patterns of Bureaucracy among Hospital Staff Physicians. E. Freidson (ed.) *The Hospital in Modern Society*, The Free Press, p. 170–194.

Grob, G.N. (2016) Community Mental Health Policy in America: Lessons Learned Israel, *Journal of Psychiatry and Related Sciences*, Vol. 53. № 1, p. 6–13.

Luft, H.S. (1981) Diverging trends in hospitalization: fact or artifact? *Med Care*, Vol. 19. № 10, p. 979–994.

Mckinlay, J.B., Potter, D.A., Feldman, H.A. (1996) Non-medical influences on medical decision-making, *Social science and medicine*, Vol. 42. № 5, p. 769–776.

Mechanic, D., McAlpine, D.D. (2010) Sociology of Health Care Reform: Building on Research and Analysis to Improve Health Care, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 51 (suppl 1), p. S147–S159.

North, D. (1990) *Institutions, institutional change, and economic performance*. Cambridge University Press.

- Oliver, C. (1991) Strategic Responses to Institutional Processes, *Academy of Management Review*, Vol. 16. № 1, p. 145–179.
- Perrow, C. (2013) Hospitals: technology, structure, and goals. J.G. March (ed.) *Handbook of Organization*, Routledge.
- Scott, W.R. (2008) Lords of the dance: Professionals as institutional agents, *Organization Studies*, Vol. 29, p. 219–238.
- Scott, W. R., Ruef, M., Mendel, P.J., Caronna, C.A. (2000) *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*, University of Chicago Press.
- WHO (1997) *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*, WHO Regional Publications.
- WHO (2003) *Organization of services for mental health*, World Health Organization.
- Wright E.R., Perry B.L. (2010) Medical Sociology and Health Services Research Past Accomplishments and Future Policy Challenges, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 51 (suppl 1), p. S107–119.

Источники:

ПМА (2019) – глубинные интервью с сотрудниками психоневрологических диспансеров Москвы и Московской области.

Список сокращений:

ПМА – полевые материалы автора.

References

- Paneyah, E.L. (2001) Formal'nye pravila i neformal'nye instituty ikh primeneniya v rossiyskoy ekonomicheskoy praktike [Formal Rules and Informal Institutions of Their Application in the Russian Economic Practice], *Economic Sociology*, Vol. 2, No.4, pp. 56–68.
- Radaev, V.V. (2001) Deformalizaciya pravil v rossijskoj hozyajstvennoj deyatel'nosti [Deformalization of rules in the Russian economic activity], T.I. Zaslavskaya (ed.) *Kto i kuda stremitsya vesti Rossiyu? Aktory makro-, mezo- i mikrourovnej sovremennogo transformacionnogo processa* [Who wants to lead Russia and where? Actors of macro-, meso- and microlevels of the modern transformation process], *Moskovskaya vysshaya shkola social'nyh i ekonomicheskikh nauk* [The Moscow School of Social and Economic Sciences], p. 253–262.
- Scott, R. (2007) Konkuriyushchie logiki v zdravookhranении: professional'naya, gosudarstvennaya i menedzherial'naya [Competing Logics in Healthcare: Professional, State and Managerial], *Economic Sociology*, Vol. 8. No.1, p. 27–44.

- Bloch, S., Reddaway, P. (1977) *Russia's Political Hospitals: The Abuse of Psychiatry in the Soviet Union*, Victor Gollancz.
- Bloom, S.W. (2005) The relevance of medical sociology to psychiatry: A historical view, *Journal of Nervous & Mental Disease*, Vol. 193. No.2, p. 77–84.
- Bloom, S.W. (2002) *The word as scalpel: a history of medical sociology*, Oxford University Press.
- Cook, J.A., Wright, E.R. (1995) Medical Sociology and the Study of Severe Mental Illness: Reflections on Past Accomplishments and Directions for Future Research, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 35, p. 95–114.
- Fakhoury, W., Priebe, S. (2007) Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare, *Psychiatry*, Vol. 6. No.8, p. 313–316.
- Freidson, E. (2001) *Professionalism: The Third Logic*, Polity Press.
- Goss, M. (1963) Patterns of Bureaucracy among Hospital Staff Physicians. E. Freidson (ed.) *The Hospital in Modern Society*, The Free Press, p. 170–194.
- Grob, G.N. (2016) Community Mental Health Policy in America: Lessons Learned Israel, *Journal of Psychiatry and Related Sciences*, Vol. 53. No.1, p. 6–13.
- Kutchins, H., Kirk, S.A. (1997) *Making us crazy. DSM: The psychiatric bible and the creation of mental disorders*, The Free Press.
- Luft, H.S. (1981) Diverging trends in hospitalization: fact or artifact? *Med Care*, Vol. 19. No.10, p. 979–994.
- Mckinlay, J.B., Potter, D.A., Feldman, H.A. (1996) Non-medical influences on medical decision-making, *Social science and medicine*, Vol. 42. No.5, p. 769–776.
- Mechanic, D., McAlpine, D.D. (2010) Sociology of Health Care Reform: Building on Research and Analysis to Improve Health Care, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 51 (suppl 1), p. S147–S159.
- North, D. (1990) *Institutions, institutional change, and economic performance*. Cambridge University Press.
- Oliver, C. (1991) Strategic Responses to Institutional Processes, *Academy of Management Review*, Vol. 16. No.1, p. 145–179.
- Perrow, C. (2013) Hospitals: technology, structure, and goals. J.G. March (ed.) *Handbook of Organization*, Routledge.
- Scott, W.R. (2008) Lords of the dance: Professionals as institutional agents, *Organization Studies*, Vol. 29, p. 219–238.
- Scott, W. R., Ruef, M., Mendel, P.J., Caronna, C.A. (2000) *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*, University of Chicago Press.

Szasz, T. (2007) *The Medicalization of Everyday Life: Selected Essays*, Syracuse University Press.

Van Voren, R. (2013) *Psychiatry as a Tool for Coercion in Post-Soviet Countries*, European Parliament.

WHO (1997) *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*, WHO Regional Publications.

WHO (2003) *Organization of services for mental health*, World Health Organization.

Wright E.R., Perry B.L. (2010) *Medical Sociology and Health Services Research Past Accomplishments and Future Policy Challenges*, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 51 (suppl 1), p. S107–119.

Key words: mental health care, mental health services, health care professionals, deinstitutionalization, psychoneurological center, rules, actors, institutions

Abstract: The article contains the main characteristics, similarities, and differences of institutional frameworks of psychoneurological centers (dispensaries). The author considers issues of the relationship between formal and informal rules, professional and institutional social norms, and the relationship between the nature of relations (authoritative or collegial) within the organization and the mediated relationships outside it. The study of institutional frameworks is based on in-depth interviews with high- and mid-level medical staff. The analysis takes into account the difference between psychiatric institutions in Moscow and the Moscow region, as well as between the psychoneurological centers in Moscow which are subordinate to different psychiatric hospitals.

Author info:

Natalya Dmitrievna LEBEDEVA is an independent researcher holding an MA in Sociology from Moscow School of Social and Economic Science and the University of Manchester.

Citation link:

Lebedeva N.D. (2019) *Institutional Frameworks for Psychiatric Treatment after Health Care Reforms*. *Medicinskaja antropologija i biojetika [Medical anthropology and bioethics]*, 1(17).